

СОГЛАСИЕ
работника медицинской организации
на обработку своих персональных данных

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)
проживающий(ая) _____
(место прописки)
паспорт _____
(серия, номер, кем, когда выдан)

даю согласие предоставить (и предоставлять в дальнейшем в случае изменения) для размещения в базе данных и дальнейшей обработки БУ «Нижевартовский кожно-венерологический диспансер», свои достоверные и документированные персональные данные:

1. Фамилия, имя, отчество;
2. Дата и место рождения, гражданство;
3. Данные паспорта;
4. Личную фотографию
5. Сведения об образовании;
6. Адрес места жительства (регистрации и фактический), телефон;
7. Данные водительского удостоверения (для водителей)
8. Сведения о воинском учете;
9. Сведения о профессиональном образовании, повышении квалификации, ученой степени, ученого звания, квалификационной категории;
10. Сведения, дающие право на социальные льготы (сирота, инвалид, участник боевых действий и т.д.);
11. Результаты предварительных и периодических медицинских осмотров.

Я согласен(а), что мои персональные данные будут использованы в целях, связанных с исполнением трудовых обязанностей, учётом и оценкой количества и качества труда в БУ «Нижевартовский кожно-венерологический диспансер», на весь период работы, а также на установленный период хранения в архиве документов, содержащих персональные данные.

Я ознакомлен(а), что обработка персональных данных включает в себя: получение, использование, накопление, обновление, передачу, хранение, обезличивание, блокирование, уничтожение. Я предупрежден(а), что имею бесплатный доступ к моим персональным данным и право на полную информацию об их содержании. Я заявляю, что использование и распространение информации, касающейся моей частной жизни, не должно осуществляться без моего письменного согласия.

Я согласен(а) со следующими действиями с моими персональными данными:

1. Обработка моих персональных данных в защищённых в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных «1С Предприятие-Кадры», «1С бухгалтерия»;
2. Обработка моих персональных данных в защищённой в установленном порядке автоматизированной информационной системе Федеральный регистр медицинских работников;
3. Обработка моих персональных данных в защищённой в установленном порядке автоматизированной информационной системе организации;
4. Обработка моих персональных данных, защищённых в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Данное согласие может быть отозвано полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известными фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных.

Мне известно, что в случае отзыва настоящего согласия оператор вправе продолжить обработку персональных данных без моего согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, установленных действующим законодательством.

Настоящее согласие действует на период действия трудового договора.

« _____ » _____ 20__ г. _____
(подпись, расшифровка подписи)